

## **ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ И КОМБИНИРОВАННЫМ ДОСТУПОМ**

*Дивакова Т.С., Медведская С.Е., Елисеенко Л.Н., Новицкая И.А.  
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** За последние 5-8 лет малоинвазивная хирургия получила широкое распространение среди всех хирургических вмешательств на гениталиях у женщин. Частота лапароскопических операций возросла с 20-30% до 70-80%. Причем расширился спектр малоинвазивных операций от простых органосохраняющих до сложных радикальных и комбинированных [1, 2]. С ростом эндоскопических вмешательств повышенной сложности, расширением показаний у пациентов со спаячным процессом брюшной полости, ожирением возникает необхо-

димность анализа осложнений интра- и постоперационных [3, 4] для повышения эффективности эндоскопических операций и разработки новых методов и мер их профилактики.

Целью настоящего исследования явилось изучение характера осложнений при тотальной гистерэктомии лапароскопическим и комбинированным доступом.

**Материал и методы исследования** Проведен проспективный и ретроспективный анализ исходов тотальной гистерэктомии лапароскопическим, комбинированным и абдоминальным доступом по историям болезни, анкетированию и данным клинико-инструментального обследования 81 больной, подвергшихся плановому оперативному лечению в гинекологическом отделении Витебской 2-й областной клинической больницы. Все больные были разделены на группы. I группу составили 33 пациентки, подвергшиеся тотальной гистерэктомии лапароскопическим методом, II группу - 18 пациенток, подвергшихся влагалищной гистерэктомии с лапароскопической ассистенцией, III группу - 30 пациенток, подвергшихся тотальной абдоминальной гистерэктомии. Показаниями к оперативному лечению были: рецидивирующая гиперплазия эндометрия, миома матки, сочетание доброкачественной патологии эндо- или миометрия с объемными образованиями яичников, опущением матки и несостоятельностью мышц тазового дна. Размеры патологического увеличения матки в группах не превышали размеров, соответствующих 10 неделям беременности. Объемные образования яичников во всех группах варьировали от 4,3 до 7,6 см в диаметре. Возраст больных был схож во всех группах и колебался от 38 до 62 лет ( $48 \pm 1,8$  года в I группе,  $52 \pm 3,4$  года во II группе,  $49 \pm 2,9$  года в III группе). Частота экстрагенитальных сопутствующих заболеваний (артериальная гипертензия, ожирение, варикозное расширение вен нижних конечностей) наблюдалась у каждой 5 пациентки. Перенесенные операции на брюшной полости имели место у каждой 3-й больной из III группы и лишь у 5 и 3 больных из I и II групп. Оперативное лечение во всех группах было выполнено под эндотрахеальным наркозом с помощью эндоскопического оборудования, набора инструментов и маточного манипулятора Карл Шторц (Германия). Для профилактики гнойно-септических осложнений антибиотикотерапию (ципрофлоксацин, аугментин, цефазолин), метрогил, инфузионную терапию кристаллоидами начинали интраоперационно с продолжением в постоперационном периоде. Гепаринотерапию (клексан, фрагмин, нефракционированный гепарин) назначали через 6 часов после завершения операции в течение 7 дней. Эластическое бинтование нижних конечностей выполняли перед и после операции всем пациенткам. Для выявления спаечного процесса брюшной полости в позднем постоперационном периоде пациенткам выполняли бимануальное влагалищно-абдоминальное исследование и сонографию брюшной полости.

**Результаты и обсуждение.** Длительность оперативного вмешательства (экстирпация матки с придатками) была наибольшей ( $P < 0,05$ ) в I группе ( $177 \pm 8,3$  мин) и наименьшей во II ( $113 \pm 9,2$  мин) и III группах ( $106 \pm 7,4$  мин). Во II группе после выполнения основного этапа операции (экстирпация матки с придатками, удаление матки, ушивание культи влагалища) длительность коррекции по устранению несостоятельности мышц тазового дна была  $41 \pm 5,3$  мин. Общая кровопотеря была наименьшей в первых двух группах и составила  $159 \pm 10,1$  мл в I группе,  $268 \pm 15,3$  мл во II и  $382 \pm 27,4$  мл в III. Повышенный объем ( $P < 0,05$ ) кровопотери во II группе был обусловлен реконструктивными вмешательствами по несостоя-

тельности мышц тазового дна, в III группе - в связи с большим объемом рассечения мягких тканей передней брюшной стенки и разделением спаек и сращений. Интраоперационные осложнения в I группе были следующими: повреждение мочеточников при электрокоагуляции маточных сосудов и ограниченной подвижности матки - 1 (3,0%), повреждение сосудов передней брюшной стенки - 2 (6,1%), гематомы брюшной полости - 1 (3,0%) у пациенток с ожирением, кровотечения из разрывов слизистой влагалища при удалении макропрепарата (размеры матки соответствующие 10 неделям беременности) из брюшной полости - 1 (3,0%). Во II группе имели место повреждение сосудов передней брюшной стенки - 1 (5,6%). В III группе - гематомы брюшной полости - 1 (3,3%), десерозирование кишечника при разъединении спаек - 3 (10,0%).

Ранние послеоперационные осложнения в I группе были представлены культизмом - 1 (3,0%), во II группе - кровотечением из культи влагалища или слизистой влагалища после пластики в 2 (11,1%) случаях, в III группе - частичным нагноением швов передней брюшной стенки в 2 (6,7%) и культизмом - в 2 (6,7%) случаях.

Поздние послеоперационные осложнения в I группе отсутствовали. Во II группе были грануляции культи влагалища в 2 (11,1%) случаях, болевой синдром в области промежности после пластики леваторов - в 1 (5,6%) случае, в III группе - грануляции культи влагалища в 6 (20,0%) и спаечный процесс брюшной полости - в 13 (43,3%) случаях.

#### **Выводы.**

1. Частота интраоперационных осложнений при тотальной гистерэктомии лапароскопическим и комбинированным доступом составила 11,8%, что обусловлено повышенной сложностью и спецификой технического выполнения хирургического лечения.

2. Частота послеоперационных осложнений при тотальной гистерэктомии лапароскопическим и комбинированным доступом в 2,3-6,1 раза ниже в сравнении с частотой осложнений при абдоминальной тотальной гистерэктомии ввиду минимальной травматичности тканей и минимальной кровопотери.

3. Тотальная гистерэктомия лапароскопическим доступом является методом выбора при отсутствии ожирения, выраженного спаечного процесса в брюшной полости и ограниченной подвижности матки, при размерах матки не превышающих 8-9 недель беременности.

4. Методика влагалищной тотальной гистерэктомии с лапароскопической ассистенцией позволяет укоротить время основного этапа операции (экстирпация матки), избежать интраоперационного повреждения мочеточников и выполнить коррекцию сопутствующей патологии из одного доступа при наличии гиперпластических процессов эндо- и миометрия на фоне несостоятельности мышц тазового дна.

#### **Литература:**

1. Дивакова Т.С. Органосохраняющее лечение больных миомой матки и эндометриозом гениталий. - Витебск. - 2000 - 192 с.
2. Кулаков В.И., Адамьян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология - хирургические энергии - Москва - 2000 - 860 с.
3. Kellewald, Volker. Untersuchungen zur laparoskopischen Kastration des Hengstes. Ludwig-Maximilians-Universität München. 2005 311
4. Schmidt E.H., Frank V., Wischnowsky M., Hücke J. Qualitätssicherung in der gynäkologischen Endoskopie. Gynäkologe 2000-33:213-219.